

講師紹介申込書

◎ 講師料は原則として有料です

◎ 希望日時は出来るだけ3案までご記入ください

年 月 日

事業場名 団体名			従業員	人
業 種		業務内容		
所在地	〒 —			
電話番号		FAX番号		
ふりがな			所属部署 役 職	
申 込 者				
申 込 者 職 種	・産業医 ・産業看護職 ・衛生管理者 ・人事労務担当者 ・事業主 ・安全衛生担当者 ・その他 ()			

会議等名称			
開催場所			
受講対象者		受講者数	
希望日時	第1案： R 年 月 日 () 時 分～ 時 分		
	第2案： R 年 月 日 () 時 分～ 時 分		
	第3案： R 年 月 日 () 時 分～ 時 分		

希望する講師の氏名 *ご希望がある場合 :

行事内容 及び ご希望の講演 テーマ・内容等	
---------------------------------	--

※下記はセンター記入欄です(決定後に記入)。

講師名		訪問日時	
-----	--	------	--

< 申込用紙提出先 >

兵庫産業保健総合支援センター TEL:078-230-0283 FAX:078-230-0284

〒651-0087 神戸市中央区御幸通6丁目1番20号 ジイテックスアセントビル8階